

「目黒区もの忘れ相談連絡票」について

1 連絡票の趣旨

認知症のかたやその家族への支援において、相談機関と医療機関の情報共有は重要な課題です。「目黒区もの忘れ相談連絡票」（以下「連絡票」）は、相談機関が医療機関に情報を提供する際の標準書式を定めることで、両者の効果的な連携を促進していくことを目的に作成しました。標準書式を定めて活用していただく趣旨ですので、必ず使わなければならないという性格のものではありません。

2 連絡票の様式

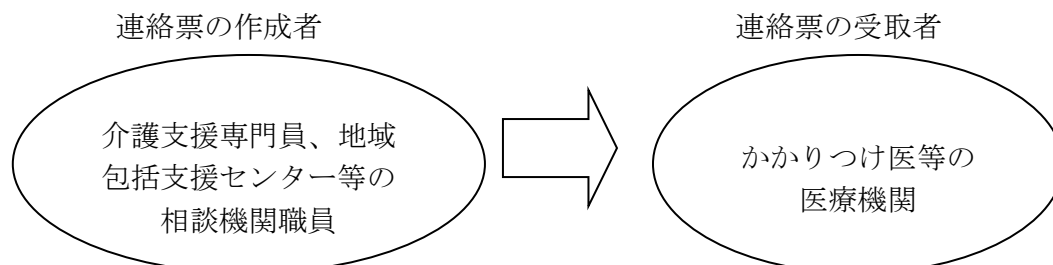
- ・様式：別紙1
- ・記入内容のめやす：別紙2
- ・様式はエクセルファイル及び紙媒体があります。
※エクセルファイルは、目黒区ホームページからダウンロードできます。

（ページ検索用ID：3591）

（トップページ→健康・福祉→高齢者福祉・介護→介護保険→介護保険サービス事業者向けのお知らせ→居宅介護支援→介護支援専門員と主治医の連携→もの忘れ相談連絡票）

※紙媒体の配布は、各地域包括支援センターにお申し出ください。

3 連絡票の関係者



- ・区内の病院・診療所には、連絡票についてお知らせし、協力を依頼しています。
- ・目黒区以外の医療機関あてに使用することも、特に問題はありません。

4 使用する場面

次のような場面で使用することを想定しています。

使用する場面	内 容
相談を受けた初期の段階	地域包括支援センター等の職員が、本人や家族等から相談を受け、その内容を受診する医療機関に伝える。
継続的な支援を行っている段階	介護支援専門員等が、本人・家族等からの相談やモニタリングで把握した内容（行動・心理症状の悪化や服薬管理上の問題など）を、診療を行っている医療機関に伝える。

5 連絡票の渡し方

状況に応じ、次のような方法で医療機関に渡すことを想定しています。

- ・ 支援者（介護支援専門員や相談機関の職員）が作成して本人や家族に渡し、本人や家族が受診時に持参する。
- ・ 支援者が、本人の受診に同行して渡す。
- ・ 「主治医・介護支援専門員連絡票」に添付して、支援者から医療機関へ郵送する。

6 利用開始時期

平成 24 年 12 月から

7 問い合わせ先

センター名・課名	電話番号	F A X 番号
北部包括支援センター	5428－6891	3496－5215
東部包括支援センター	5724－8030	3715－1076
中央包括支援センター	5724－8066	5722－9803
南部包括支援センター	5724－8033	3719－2031
西部包括支援センター	5701－7244	3723－3432
健康福祉部福祉総合課	5722－9702	5722－9062

以 上

(相談機関 ⇒ 医療機関)

目黒区もの忘れ相談連絡票

作成日: 年 月 日

本人	フリガナ		性別	生年月日	年齢
	氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日	歳
	住所	電話: — — 携帯: — —			
相談者	フリガナ	本人との関係など			
	氏名				
	住所	電話: — — 携帯: — —			
作成者	所属				
	氏名	電話: — —			

上記の相談者からの相談内容を、以下のとおりご連絡いたします。

①受診を希望している(勧めた)理由

- ☐認知症が心配(本人・家族) ☐診断・治療(連携パス含む)を希望 ☐専門医紹介を希望
☐介護で困っており助言を希望 ☐要介護認定申請の主治医意見書作成を希望
☐その他()

②家族構成(必要に応じ裏面備考欄に構成図)

- ☐ () 人家族 ☐ 一人暮らし
 夫・妻・父・母・息子・娘
 息子の妻・娘の夫・孫
 その他()
 ※主介護者:

③介護保険制度の利用

- ☐要介護() ☐要支援() ☐自立 ☐申請なし
 ・担当ケアマネジャー
 ・利用しているサービス

④相談の内容 (誰が何に困っているのか)

⑤あてはまる症状

- | | |
|--|--|
| ☐ 日にちや曜日が分からない
☐ 少し前のできごとを忘れてしまう
(例: 食事をしたことを覚えていない)
☐ いつも同じ話を繰り返す
☐ 物の名前や言葉が出てこないことがある
☐ 会話をしているも話がかみ合わない
☐ 時間の感覚が無くなっている
(例: 午前か午後かも分からない)
☐ 家族に依存する様子がある
(例: 本人に質問すると家族の方を向く)
☐ その他 | ☐ 財布・通帳・衣類などを盗まれたと人を疑う
☐ 下着を替えず、身だしなみを構わなくなった
☐ 些細なことで怒りっぽくなった
☐ 慣れた道でも迷うことがある
☐ ガスや火の始末ができなくなった
☐ ふさぎこんで、何をしても億劫がり嫌がる
☐ 小刻みに歩行するようになった
☐ 存在しないものが見えると言う
☐ 他人に構わず自分勝手な行動をする
☐ 同じ動作・行動を何度も繰り返す |
|--|--|

(裏面あり)

⑥これまでの経過・変化に気づいた時期

⑦現在治療中の病気

(服用している薬)

医療機関名 ()
 担当医師名 ()
 病名

医療機関名 ()
 担当医師名 ()
 病名

⑧日常生活の状況

- ア. 状態 ☐ 起きている ☐ 寝たり起きたり ☐ 寝たきり ()
- イ. 食事 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ()
- ウ. 排泄 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ()
- エ. 入浴 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ()
- オ. 睡眠 ☐ 普通 ☐ 不眠気味 ☐ 昼夜逆転している ☐ 過眠ぎみ、寝ていることが多い ()
- カ. 薬の管理 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ()
- キ. 金銭管理 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ()
- ク. 買物 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ()
- ケ. 炊事 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ()
- コ. 掃除 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ()
- サ. 洗濯 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ()
- シ. 趣味 ☐ ない ☐ ある (内容:)
- ス. その他 ()

⑨備考

(家族構成図)

[H24.12目黒区]

(相談機関 ⇒ 医療機関)

目黒区もの忘れ相談連絡票【記入内容のめやす】

作成日: 年 月 日

本人	フリガナ	性別	生年月日	年齢
	氏名	男・女	明・大・昭 年 月 日	歳
	住所	本ケースを相談した家族等を記入。携帯: — —		
相談者	フリガナ	本人との関係など		
	氏名			
	住所	電話: 相談を受けた事業所等を記入。携帯: — —		
作成者	所属			
	氏名	電話:	該当する箇所にチェック☑する。	

上記の相談者からの相談内容を、以下のとおりご連絡いたします。

①受診を希望している(勧めた)理由

- ☐認知症が心配(本人・家族) ☐診断・治療(連携パス含む)を希望 ☐専門医紹介を希望
☐介護で困っており助言を希望 ☐要介護認定申請の主治医意見書作成を希望
☐その他()

②家族構成(必要に応じ裏面備考欄に構成図)

- ☐ () 人家族 ☐ 一人暮らし
 夫・妻・父・母・息子・娘
 息子の妻・娘の夫・孫
 その他()
 ※主介護者:

③介護保険制度の利用

- ☐ 要介護() ☐ 要支援() ☐ 自立 ☐ 申請なし
 ・担当ケアマネジャー
 ・利用しているサービス

④相談の内容(誰が何に困っているのか)

具体的に①誰が ②どのような理由で ③どのように困っているのかを記入する。
 また、医師に何を希望したいかが明確な場合もその内容を記入する。
 <例>薬の調整をしてほしい
 区分変更の意見書を作成してほしい
 家族に病状説明をしてほしい 等...

該当する箇所にチェック☑
 する。 ※複数可。

⑤あてはまる症状

- | | |
|--|--|
| ☐ 日にちや曜日が分からない
☐ 少し前のできごとを忘れてしまう
(例: 食事をしたことを覚えていない)
☐ いつも同じ話を繰り返す
☐ 物の名前や言葉が出てこないことがある
☐ 会話をしても話が噛み合わない
☐ 時間の感覚が無くなっている
(例: 午前か午後かも分からない)
☐ 家族に依存する様子がある
(例: 本人に質問すると家族の方を向く)
☐ その他 | ☐ 財布・通帳・衣類などを盗まれたと人を疑う
☐ 下着を替えず、身だしなみを構わなくなった
☐ 些細なことで怒りっぽくなった
☐ 慣れた道でも迷うことがある
☐ ガスや火の始末ができなくなった
☐ ふさぎこんで、何をしても億劫がり嫌がる
☐ 小刻みに歩行するようになった
☐ 存在しないものが見えると言う
☐ 他人に構わず自分勝手な行動をする
☐ 同じ動作・行動を何度も繰り返す |
|--|--|

上記項目に該当しない場合は、より具体的に記入する。例えば、『徘徊』だけでなく、「昼夜にかかわらず外出しようとするため、常に家人が見守ったり、付き添う必要がある」と記入する。

(裏面あり)

⑥これまでの経過・変化に気づいた時期

※家族等から聞き取った内容や相談に至った経緯等を時系列に分かりやすく記入する。

⑦現在治療中の病気

(服用している薬)

医療機関名 ()
担当医師名 ()
病名

認知症以外にかかっている
医療機関も記入する。

医療機関名 ()
担当医師名 ()
病名

状態に一番近いと思われる箇
所にチェックする。

より具体的に記入する。
(例) 日中はトイレ介助だが夜
間はオムツ全介助。

⑧日常生活の状況

- ア. 状態 ☐ 起きている ☐ 寝たり起きたり ☐ 寝たきり ()
- イ. 食事 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ()
- ウ. 排泄 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ()
- エ. 入浴 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ()
- オ. 睡眠 ☐ 普通 ☐ 不眠気味 ☐ 昼夜逆転している ☐ 過眠ぎみ、寝ていることが多い ()
- カ. 薬の管理 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ()
- キ. 金銭管理 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ()
- ク. 買物 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ()
- ケ. 炊事 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ()
- コ. 掃除 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ()
- サ. 洗濯 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ()
- シ. 趣味 ☐ ない ☐ ある (内容:)
- ス. その他 ()

上記☑箇所の補足や、それ以
外の内容をより具体的に記入
する。

⑨備考

(家族構成図)

※他の項目で記入しきれなかったことや、選択式では表現できない
ことを簡潔に記入する。

家系図を記入。
※同居していなくても
本人の介護に関わって
いる場合は記入する。

[H24.12目黒区]

※この連絡票は、物忘れ程度の初期の段階から緊急を要すると思われる重度の段階まで、認知症状の
レベルを問わず使用して下さい。「おやっ」と思ったらまず作成して早期診断・早期治療に繋げましょう！